



WorkAid &
Associates
PARALEGALS PROF CORP

■ WorkAid Fund / Fonds WorkAid ■

Current University Students in Ontario / Étudiants actuels des universités en Ontario

Full Name / Nom complet:

Date of Birth (YYYY-MM-DD) / Date de naissance (AAAA-MM-DD)

Mailing Address / Adresse postale:

Phone Number / Numéro de téléphone:

Email / Courriel:

Current School/Institution / École ou établissement actuel:

Grade or Program / Année ou programme:

Name of Injured Worker / Nom du travailleur blessé:

Relationship to Injured Worker / Lien avec le travailleur blessé:

WSIB Claim # (if available) / No de demande WSIB (si disponible):

Post-secondary Program Intended / Programme postsecondaire visé:

Institution(s) Applied / Établissement(s) postulés:

Brief Description of Financial Need / Brève description du besoin financier:

Checklist / Liste de contrôle:

Letter of Intent / Lettre d'intention

■ Contact: Calista@workaid.ca

Proof of relationship to injured worker / Preuve de lien avec le travailleur blessé

Copy of WSIB letter of correspondence / Copie de la lettre de correspondance de la CSPAAT